7.

REVUE
DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine
de Lyon.

VERNEUIL
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine
de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE ET **F. TERRIER**

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

EXTRAIT

Par le Doct Schwartz de l'Hystérotomie
appliquée aux tumeurs fibreuse etc

PARIS
LIBRAIRIE GERMER BAILLIERE ET Cie
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
Au coin de la rue Hautefeuille


IBRAIRIE
es Lechevallier
ue Racine
RIS

REVUE GÉNÉRALE

DE L'HYSTÉRECTOMIE APPLIQUÉE AUX TUMEURS FIBREUSES ET FIBRO-KYSTIQUES DE L'UTÉRUS

Par M. SCHWARTZ.
Chirurgien des hôpitaux.

(*Suite* [1].)

Tandis que l'hystérectomie appliquée au cancer de l'utérus semble devoir rester une opération tout à fait exceptionnelle et peu recommandable en général, l'extirpation de la matrice portant des tumeurs fibreuses ou fibro-kystiques mérite, à nos yeux du moins, un verdict bien moins sévère; tout ce qui a trait à son perfectionnement, tant au point de vue des indications que de l'opération proprement dite et de ses suites, est digne d'une étude approfondie. Nous nous efforcerons dans ce chapitre de mettre surtout en lumière les faits nouveaux qui sont venus grossir nos ressources chirurgicales, dans les cas où nous nous trouvons en présence de ces vastes tumeurs utérines.

Quelques mots sur la définition de l'hystérectomie, telle que nous l'entendons, serviront à limiter nôtre sujet. On appliquait autrefois le nom de *gastrotomie* à toutes les opérations pratiquées sur l'abdomen et dans lesquelles on ouvrait largement la cavité abdominale. Frappés des inconvénients de cette dénomination, qui prêtait beaucoup à la confusion et s'appliquait aussi bien à l'extirpation des tumeurs de l'utérus qu'à celles des ovaires, de la rate, du foie, des reins, etc., les chirurgiens ont créé le mot d'*hystérotomie*, qui s'adressait spécialement à l'ablation des tumeurs utérines et de l'utérus. Mais là encore la nécessité de préciser davantage s'est fait sentir, et notre maître Tillaux, en proposant le terme d'*hystérectomie* lors de sa communication à l'Académie de médecine, distinguait nettement l'extirpation de la section simple de la matrice. Aujourd'hui, l'on englobe généralement sous le nom d'hystérectomie non seulement les ablations de l'utérus avec les tumeurs qui s'y sont développées, mais encore l'ablation des gros fibromes pédiculés sous-péritonéaux, sans

1. Voir le numéro de juin 1882 de la *Revue de chirurgie*, p. 486.

intéresser d'une façon proprement dite le corps de l'organe. Nous croyons, pour apporter plus de précision encore au langage chirurgical, devoir donner le nom d'hystérectomie à l'ablation de l'utérus proprement dit porteur de fibromes interstitiels, que la section ait lieu sur le col, le corps ou le fond; nous réserverons le nom de *myomectomie* aux extirpations des corps fibreux pédiculés et sous-péritonéaux, l'utérus restant intact.

Börner, dans un mémoire intéressant inséré dans *Sammlung klinischer Vorträge*, nº 202, a insisté sur la séparation absolue des fibromes sous-séreux, sous-péritonéaux, d'avec les fibromes interstitiels, non seulement au point de vue anatomique, mais encore opératoire. Il rapporte 10 cas de myomectomies, pour des corps fibreux sous péritonéaux pédiculés. Dans l'un des cas qui lui est personnel, il fit le traitement extra-péritonéal du pédicule; les 10 cas ont guéri.

Nous préférons le terme myomectomie à celui de *myomotomie*, déjà employé par les gynécologistes allemands, pour les mêmes raisons qui nous font dire hystérectomie plutôt qu'hystérotomie. On nous accusera peut-être de subtilité; mais nous sommes de ceux qui regardent la précision dans les mots, quand du moins elle est possible, comme une des premières conditions pour le perfectionnement de la science ou de l'art qui les emploie.

Ces dénominations sont d'autant plus justifiées que, dans ces dernières années, l'on a fait des tentatives pour extraire les corps fibreux de l'utérus par l'hystérotomie proprement dite ou section de l'organe.

Nous trouvons en effet dans *Deutsche medizinische Wochenschrift* de 1880, p. 357, la description par Hugo Burkardt d'une opération pratiquée par Martin et dont voici le résumé :

Femme de 35 ans. Corps fibreux interstitiel donnant lieu à des métrorhagies profuses en vain combattues par le traitement d'Hildebrand. Martin fit la laparotomie, mit un drain élastique autour du col, sectionna la paroi antérieure de l'utérus et tomba sur un corps fibreux de la paroi postérieure, proéminant sous la muqueuse. Celle-ci fut fendue et le corps fibreux énucléé sans perte le sang notable. Des sutures profondes fermèrent la cavité qui le contenait; des sutures intra-utérines réunirent la muqueuse postérieure; enfin l'on sutura aussi la paroi-antérieure.

Après une toilette minutieuse du péritoine, l'on ferma l'abdomen et l'on draina l'utérus.

L'opérée guérit.

Dans un cas de Mörike, le résultat fut moins favorable, l'opérée mourut de collapsus (*Zeitschrift für Geburtshulfe und Gynækologie*, p. 419, 1882). Ce sont bien là des hystérotomies à proprement parler. Nous aurons surtout comme objectif dans cette revue l'étude de l'hystérectomie au point de vue du traitement intra ou extra-péritonéal du pédicule utérin; nous tâcherons de faire ressortir les indications de telle ou telle manière de faire, d'après l'analyse d'un grand nombre d'observations que nous avons parcourues, tout en tenant compte de ce fait que dans cette matière les statis-

tiques ne disent pas grand'chose; la plupart des auteurs ne publiant que les faits heureux ou extraordinaires. Dans une deuxième partie, nous examinerons quelle conduite doit tenir le chirurgien dans certains cas compliqués de tumeurs ovariques.

Nous terminerons enfin en montrant quelles sont les indications générales de l'hystérectomie, quelles sont les opérations qu'on a cherché à lui substituer dans la pratique chirurgicale.

L'hystérectomie proprement dite appliquée aux tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus est partielle ou totale.

Partielle, elle enlève tout le corps de l'utérus au-dessus du col, avec le néoplasme qu'il supporte; elle prend alors le nom d'*hystérectomie supra-vaginale*, c'est elle que nous avons surtout en vue dans ce travail; mais elle peut aussi n'enlever qu'une partie du corps, du fond ou des cornes utérines. Il est rare que l'hystérectomie soit totale; Bardenheuer rapporte quelques cas où l'on fut obligé d'enlever l'utérus tout entier avec la voûte vaginale. Ce sont là de très grandes exceptions, qui doivent être rangées soit dans les audaces chirurgicales, soit dans le cadre des opérations où le chirurgien a la main forcé dans le cours de leur exécution, quoique l'auteur que nous venons de citer l'érige en méthode. Voici, sans autres commentaires, les raisons qui font préférer à Bardenheuer l'amputation totale de l'utérus à l'amputation supra vaginale :

1° On ne réussit pas toujours à produire une gangrène sèche du pédicule; la gangrène peut gagner le reste du moignon, comme cela a eu lieu dans un cas qu'il a opéré.

2° Souvent il se produit des abcès, comme il l'a remarqué aussi une fois.

3° Quand la nécrose du pédicule n'existe pas, il n'en reste pas moins sa sécrétion, qui est périlleuse pour le péritoine.

4° La réduction du pédicule amène, elle, les dangers d'une hémorrhagie et empêche le drainage.

5° Si on ne le réduit pas, il est fixé dans la paroi; il peut se produire consécutivement des accidents nerveux, graves, comme hystériformes; Bardenheuer en avait observé un cas qu'il a guéri par l'extirpation du moignon utérin [1].

L'opération que propose Bardenheuer est en somme l'opération de Freund contre le cancer, qui a été décrite dans une précédente revue et dont nous avons assez montré les résultats. Malgré les 6 guérisons sur 7 cas qu'il a obtenues par ce mode d'intervention, nous croyons ne pas devoir y insister davantage.

L'hystérectomie supra-vaginale ou intéressant le corps et le fond de l'organe se pratique toujours par l'abdomen : c'est une *laparo-hystérectomie*.

Il est donc naturel que nous nous trouvions à son propos en face du grand problème presque généralement résolu aujourd'hui pour l'ovariotomie : Comment faut-il traiter le pédicule? faut-il le fixer hors de la cavité

1. Bardenheuer, *Die peritoneal drainage* (*Centralblatt für Gynæcologie*, n° 22, 1881).

abdominale? faut-il au contraire, après avoir assuré l'hémostase le réduire dans le ventre et suturer la plaie de l'abdomen?

Nous allons successivement exposer les deux grandes méthodes rivales et les différents procédés mis en usage par les chirurgiens qui les ont employées.

Traitement du pédicule. — Nous commencerons par la méthode de traitement extra-péritonéal, parce que c'est la plus ancienne, celle qui était naturellement indiquée par les résultats qu'elle avait donnés dans le traitement opératoire des kystes de l'ovaire. Nous devons dire que c'est encore la préférée d'un grand nombre de chirurgiens et des plus versés dans les opérations sur les tumeurs de l'abdomen et de l'utérus en particulier.

Gilman Kimball, qui fit la première hystérectomie de propos délibéré, fixa le pédicule dans la plaie et le cautérisa au fer rouge.

La manière de le fixer, les instruments fixateurs, le traitement de la surface sectionnée, tout cela fait en vue d'empêcher son retrait par des efforts brusques, d'éviter les hémorrhagies et l'infection septique par la suppuration profuse, varièrent avec les chirurgiens.

Kœberlé et Péan, en France, Spencer Wells, Keith, etc., en Angleterre, Billroth en Allemagne, pour ne citer que les principaux noms, firent construire des serre-nœuds, des clamps, des pinces compresseurs spéciales pour saisir le moignon, tandis que les broches le traversant avec ou sans la paroi abdominale, le tenaient solidement fixé contre elle.

Notre but n'est pas de décrire le manuel opératoire, ni l'instrumentation, exposés dans les livres et les thèses faites sous l'inspiration des maîtres que nous avons cités; nous tenons à mettre le lecteur au courant des opinions et des manières de faire actuelles; nous verrons ainsi si les résultats justifient la prétention de supprimer un grand nombre des desiderata et des inconvénients reconnus par le plus grand nombre.

Depuis l'hystérectomie pratiquée de propos délibéré par Gilman Kimball (1863), suivie de très près par celle de Kœberlé, puis par une opération analogue de Péan (1869), le traitement extra-péritonéal a été pour ainsi dire exclusivement employé jusque dans ces dernières années; mais un revirement analogue à celui qui s'est produit dans le traitement du pédicule des kystes de l'ovaire tend à se manifester et a amené des modifications dans le manuel opératoire et la conduite des chirurgiens partisans de la méthode extra-péritonéale. Soit que l'on enlevât le corps fibreux et l'utérus jusqu'au niveau du col (hystérectomie supra-vaginale, amputation sus-vaginale de Péan), soit qu'on enlevât un corps fibreux implanté sur l'utérus par un pédicule faisant plus ou moins corps avec lui (hystérectomie partielle, du fond ou du corps), soit enfin que l'on extirpât un fibrôme pédiculé laissant l'utérus intact (myomectomie), on cherchait à obtenir les conditions suivantes :

Le serre-nœud, le clamp ou la pince à comprimer le pédicule étant solidement fixé au-dessus de grosses broches métalliques, la tumeur était abrasée à une certaine distance; puis le pédicule était attiré aussi

au dehors que possible et fixé dans la paroi abdominale par des points de suture et des tiges en acier qui le traversaient en même temps que les parois. L'abdomen était ensuite fermé au-dessus et au-dessous de lui par un certain nombre de points de suture profonds et superficiels. La surface du pédicule était touchée par les uns au perchlorure de fer, par les autres au fer rouge, tandis que d'autres chirurgiens encore le laissaient absolument intact.

Au bout d'un certain temps, le moignon, mortifié par la constriction, tombait avec le lien constricteur, et il restait à sa place une surface granuleuse en entonnoir, qui se cicatrisait peu à peu. Tous les premiers succès furent plus ou moins obtenus avec l'emploi de la manière de faire que nous venons de décrire.

Quand le pédicule est assez long, quoique volumineux, et contient de gros vaisseaux, l'adaptation est facile; malgré son épaisseur, la compression donne une hémostase complète et sûre. La fixation solide dans la paroi et au dehors permet l'écoulement facile des produits septiques résultant de la nécrose du moignon serré par la ligature.

Mais, lorsque le pédicule est court, la tension nécessaire pour le fixer est très forte, et alors surgissent un certain nombre d'inconvénients, qui ont été le point de départ de recherches nouvelles de la part des gynécologistes.

Les uns en ont profité pour rompre avec le traitement extra-péritonéal du pédicule, les autres pour lui trouver des perfectionnements.

Dans les pages qui vont suivre, nous aurons surtout en vue l'hystérectomie supra-vaginale, qui est de toutes la plus grave.

Les grands inconvénients du traitement extra-péritonéal tel que nous l'avons sommairement esquissé, sont, d'après Dorff, élève de Hégar, les suivants.

Le traitement du pédicule ne se fait véritablement en dehors du péritoine que lorsque le moignon utérin est très long et peut par conséquent être facilement amené au dehors; quand le col de l'utérus est court, presque toujours les ligatures se trouvent entre les lèvres de la plaie et même à face profonde de l'abdomen; cette position ne fait que s'accentuer par la rétraction et la section des parties molles par les broches en fil de fer.

Le deuxième inconvénient consiste dans la rapide décomposition et la difficulté d'obtenir l'asepsie du pédicule.

Pour parer à ces accidents, voici comment procède et conseille de procéder Hégar, qui, dans ces derniers temps cependant, se tourne vers la réduction.

Pour empêcher la réduction spontanée du moignon, il traverse le péritoine pariétal et le pédicule au-dessous des ligatures d'un gros fil qui, applique fortement l'un contre l'autre, puis il suture séparément le péritoine dans la partie inférieure de l'angle supérieur de la plaie. Ce n'est que plus haut qu'il réunit en même temps téguments et séreuse. En bas,

le pédicule s'appliquant parfaitement contre le péritoine, toutes manœuvres sont inutiles.

On obtient ainsi une sorte d'entonnoir formé par le péritoine et les lèvres de l'incision.

Pour arriver à une asepsie aussi parfaite que possible du pédicule, Hégar pense qu'il faut le conserver très sec. Pour ce faire, il procède à une hémostase très parfaite, il cautérise la surface du moignon le plus profondément possible, en appliquant sur elle une solution de chlorure de zinc au 1/10 ; le fond de l'infundibulum péri-pédiculaire est touché avec une solution plus faible. On interpose entre ses bords et le contenu de petits bourbonnets de ouate imbibés d'une solution du même sel à 2 0/0. Dès que se manifeste la moindre humidité du pédicule, on le retouche immédiatement avec une solution de chlorure de zinc. Il y a bien, d'après Hegar lui-même, un inconvénient à cette manière de faire et qui se prévoit facilement : c'est l'escharification des bords de la plaie ; mais elle ne produirait aucun accident. Au bout de cinq à six jours, des adhérences se sont produites entre les surfaces séreuses du moignon et de l'abdomen, et tout danger d'infection du péritoine a disparu.

Encore un détail opératoire ; Hégar ne se sert plus pour les ligatures des broches et des fils de fer mais du tube élastique de Kleberg. Dorff fait suivre l'exposé de la méthode d'un résumé de 8 observations, dont 5 d'Hégar et 3 de Kaltenbach, toutes terminées par la guérison.

Kasprzik est revenu sur le procédé opératoire d'Hegar et Kaltenbach, et cite encore 4 opérations, dont une, terminée par la mort. Le procédé a donc donné 11 succès sur 12, si on les ajoute aux 8 de Dorff.

Tout récemment, Kasprzik a publié dans *Berliner Klinische Wochenschrift*, nº 12, 1882, un mémoire sur le traitement intra-péritonéal du pédicule dans les cas d'hystérectomie, ce qui semble indiquer un revirement en faveur de la réduction.

Il faut en effet avouer que le traitement d'Hegar est très minutieux, compliqué, qu'il donne lieu à des plaies étendues à la chute des eschares.

Il ne semble pas qu'il ait été souvent mis en usage par les chirurgiens même partisans de la fixation du pédicule dans la paroi abdominale.

Péan, dont tout le monde reconnaît l'autorité quand il s'agit d'extirpation de tumeurs abdominales, est pour le traitement extra-péritonéal toutes les fois que cela est possible, quand le pédicule est suffisamment long et se laisse facilement attirer dans la plaie. Il le réduit, quand il ne peut faire autrement.

Knowsley Thornton [1] est pour la fixation du pédicule toutes les fois que la cavité utérine est ouverte et que par là peut se faire l'infection du péritoine.

Kœberlé, Hovitz, Müller sont aussi partisans de l'ancienne méthode et pour ainsi dire exclusivement.

Dans une récente communication, Bantock [2] a cité 8 cas de guérison

1. *British med. journal*, p. 580, 1882.
2. *Britis med. journal*, p. 426, 1882.

successifs par le traitement extra-péritonial à l'aide du serre-nœud de Kœberlé; 4 opérées chez lesquelles il avait réduit le pédicule sont toutes mortes.

Spencer Wells, partisan de la méthode extra-péritonéale avant 1878, s'est rattaché depuis cette époque à la nouvelle manière de faire, enhardi par les bons résultats de la réduction dans les cas d'ovariotomie et par les succès obtenus dans la chirurgie abdominale à l'aide de la méthode antiseptique. Nous exposerons plus loin sa manière de faire.

Cette évolution n'est pas la seule que nous ayons à signaler, en passant maintenant en revue les faits de *réduction du pédicule utérin.*

Les expériences d'Halvachs, puis de Rosenberger ont montré l'innocuité pour le péritoine de parties vivantes ou mortifiées, mais antiseptiques. Les cas de réduction de pédicules des kystes de l'ovaire suivis de succès montraient que la pratique confirmait l'expérimentation; il était naturel de voir les chirurgiens essayer, pour l'hystérectomie et la myomectomie, ce qui leur réussissait si bien pour l'ovariotomie.

C'est surtout en Allemagne que se sont manifestées ces tendances.

Il est certain néanmoins que plus d'une fois déjà le pédicule avait été réduit, soit par nécessité, par suite de sa brièveté, soit par suite d'indications résultant par exemple de sa gracilité et du peu de surface de sa section. Nous trouvons, parmi les premières observations de Spencer Wells, un certain nombre de cas où l'on abandonna la ligature dans le ventre (7 jusqu'en 1878).

Mais, sur les 7 cas, il y avait eu 5 morts et seulement 2 guérisons, dont une encore confirmée en 1881.

Des 5 morts, 4 avaient été produites par la péritonite, 1 par l'hémorrhagie. Cela était, comme on le voit, peu encourageant.

Avant 1878, la méthode extra-péritonéale avait donné à Spencer Wells, sur 16 cas, 10 morts et 6 guérisons, résultat qui, bien que médiocre, était cependant supérieur au précédent.

Si nous avons cité Spencer Wells, c'est parce que ce chirurgien jouit à juste titre d'une réputation inattaquable au point de vue de l'habileté opératoire et du sens clinique.

Voyons cependant dans quelle phase entrait la question sous l'influence des nouveaux efforts qui étaient tentés.

Il s'agissait de prévenir les deux accidents les plus formidables dans les cas de réduction du pédicule, les hémorrhagies par sa surface et l'infection septique partie du moignon ligaturé. C'est contre ces deux facteurs presque toujours mortels, qu'ont cherché à lutter les partisans de la réduction et du traitement intra-péritonéal.

La première condition est l'antisepsie la plus complète possible, l'absence d'inflammation et de suppuration de la surface du moignon; la seconde, une hémostase parfaite.

Voyons comment elles ont été remplies.

Nous indiquerons quelles sont les principales manières de faire.

Schrœder[1], qui est un des partisans les plus ardents du traitement intra-péritonéal, procède de la façon suivante : Il fait saillir la tumeur hors du ventre, coupe les annexes jusqu'au col entre deux rangées de ligatures, puis il serre le pédicule avec une corde en caoutchouc et fait l'excision cunéiforme de la tumeur, entaillant le moignon de telle sorte qu'il présente deux surfaces opposées réunies en bas. Il suture les deux faces cruentées par une suture en étages et recouvre le moignon ainsi réuni, par une doublure de péritoine, qu'il suture aussi séparément. Le tube de caoutchouc est alors enlevé et le pédicule réduit. Il ne faut pas craindre de mettre trop de fils et ne s'arrêter que lorsqu'il y a une hémostase parfaite. Dans un cas, il en mit 56. Avant de réunir les deux lèvres du moignon, il touche la muqueuse du canal cervical avec une solution phéniquée au 1/10.

Kaltenbach, dans les cas de pédicules minces, ne recule pas devant le traitement intra-péritonéal. Dès 1874, il avait proposé pour eux la ligature, les sutures et la réduction ; mais quand le pédicule est formé par le col de l'utérus, traversé par un canal muqueux, qu'il est gros, volumineux et de plus vasculaire, la méthode extra-péritonéale est beaucoup plus sûre, malgré la suppuration du pédicule, malgré la menace des éventrations possibles. En effet, la méthode de Schrœder n'est pas toujours suffisamment hémostatique et expose à la septicémie quand le canal cervical n'est pas hermétiquement fermé. Schrœder rapporte néanmoins un total de 14 hystérectomies; il a eu 13 guérisons et 1 mort de septicémie.

Il a été suivi par Olshausen, qui, dans plusieurs cas de myomectomies avec pédicule volumineux, n'a pas craint de réduire le moignon avec le lien élastique qui l'entourait.

C'est à Kleberg, d'Odessa, qu'est due la vulgarisation de cette méthode. Voici comment il procède : Après avoir tiré l'utérus en dehors et en haut, on traverse avec un trocart l'union du col et du corps et l'on passe dans la canule quatre ligatures élastiques (drains de 1 millim. 1/2); on fait deux ligatures en masses, en prenant chaque fois deux des tubes, puis on maintient leurs extrémités à l'aide de ligatures en fil de soie. Les bouts des ligatures élastiques ressortent par la plaie de l'abdomen.

Cependant Olshausen[2] n'est pas partisan absolu de la réduction du pédicule, témoin le fait suivant, cité par Schwarz que nous rapporterons, vu l'originalité du procédé opératoire :

Une femme de quarante-neuf ans portait un vaste fibromyome (45 livres) et présentait tous les signes de la cachexie utérine. Olshausen pratiqua la laparotomie, passa un gros tube élastique autour du pédicule, dont il fit ensuite la section cunéiforme ; après avoir isolément lié quelques

1. *Ueber myomotomie* (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynæcologie*, Band VIII, p. 141). — Discuss. congrès Baden (*Archiv. f. Gynæcologie*, p. 270, 1879, 1880). — Discuss. congrès Salzbourg (*Centralblatt für Gynæcologie*, p. 8, 1881).

2. *Eine behandlung des Stumpfes bei der Amputatio supravaginalis.* (*Centralblatt f. Gynæcologie*, p. 291, 1881 ; *Archiv. f. Gynæcologie*, Hft 3, Band XVII).

gros vaisseaux de la surface avec des fils de soie phéniquée, il sutura en étages les 2 faces opposées de la section cunéiforme et enleva le lien élastique ; il se fit alors par les points de suture une telle hémorrhagie qu'il fut impossible de songer à arrêter le sang par de nouvelles sutures ; on remit donc un nouveau lien élastique plus petit pour faire l'hémostase, et on le cousit contre le moignon pour l'empêcher de glisser. Une broche en acier fut passée entre les deux tours, et le pédicule fixé dans la plaie péritonéale, un peu au-dessus de l'angle inférieur. Après la toilette du péritoine, l'on plaça deux gros drains dans le bassin et on fit la suture. La ligature élastique fut enlevée le dix-septième jour ; l'opérée sortit le quarante-neuvième jour, avec une fistule qui se referma complètement plus tard.

Un second fait cité par Schwarz est analogue ; le pédicule ne fut pas réduit à cause de son énorme volume.

A la suite de ces deux observations, l'auteur du mémoire conseille à son tour le procédé suivant :

Ligature élastique du pédicule, ablation de la tumeur assez haut pour qu'on puisse facilement fixer le pédicule, taille d'une manchette péritonéale.

Ligature élastique nouvelle sur le pédicule, dont le péritoine a été retroussé comme une manchette, et ablation du premier lien placé tout d'abord.

Suture du péritoine de la manchette avec le péritoine pariétal au niveau de l'incision abdominale, et, s'il y a trop de tension qui risque de déchirer la séreuse, rien n'empêchera de fixer le pédicule lui-même aux lèvres de la paroi abdominale. Suture de l'abdomen et drain dans l'entonnoire pédiculaire. Nous avouons n'éprouver que peu de confiance dans la solidité du pédicule quand il n'est pas fixé directement, quand nous nous rappelons avec quelle force se fait la rétraction ; nous nous demandons aussi comment se comporterait tout cet attirail sous l'influence d'une poussée abdominale (toux, vomissement). Enfin le péritoine décollé du pédicule nous paraît devoir former une très faible barrière contre l'irruption de produits septiques et ses conséquences ?

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces manœuvres opératoires, sur lesquelles nous reviendrons d'ailleurs plus tard à propos d'un procédé plus original encore, qui cherche, comme le précédent, à combiner les avantages du traitement extra et intra-péritonéal du pédicule.

Moore, de Rochester, a d'ailleurs pratiqué presque la même opération. Il dissèque une manchette péritonéale sur le pédicule, la fixe à la paroi abdominale ; elle constitue comme une espèce de coupe prête à recevoir le pus et la sérosité ; il a fait préalablement la ligature isolée des vaisseaux du pédicule de la tumeur.

Czerny, au congrès de Baden de 1879, est d'avis que le traitement intra-péritonéal du pédicule utérin est celui de l'avenir. Il a fait l'hystérectomie et la myomectomie 8 fois ; dans deux cas qui étaient très compliqués, il a fixé le pédicule au dehors : l'une des opérées mourut de collapsus après

l'opération ; l'autre mourut deux mois et demi après, d'un cancer du poumon. Pour les 6 autres cas, il a fait 4 fois le traitement extra-péritonéal, 2 fois l'intra-péritonéal; les 4 premiers faits lui ont donné 2 guérisons et 2 morts, l'une de néphrite suppurée, l'autre de septicémie le troisième jour ; les deux derniers cas, où le pédicule fut réduit, se résument ainsi : dans le premier, il fit la ligature élastique, réduisit et draina; après dix jours éclata une péritonite qui emporta l'opérée ; le pédicule était gangréné; dans le deuxième, il employa le procédé de Schrœder et recouvrit le pédicule d'une doublure péritonéale ; il eut un succès, car la malade se levait le vingt-deuxième jour.

Dans la discussion qui eut lieu au congrès, Schrœder s'affirma encore comme partisan de la réduction. Quand le pédicule est très gros et court, il avoue que le froissement du péritoine donne à réfléchir. Voici ce qu'il propose et ce qu'il a d'ailleurs fait avec succès : il lie d'abord isolément les veines et artères utéro-ovariennes et utérines ; il cherche l'artère utérine au niveau de la partie moyenne du col, puis il sectionne la tumeur et recouvre le pédicule de péritoine. Hegar doute que la ligature isolée des vaisseaux afférents et efférents du système utéro-ovarien soit toujours possible à cause du développement quelquefois considérable qu'ils prennent : c'est là une objection très rationnelle et qui doit faire réfléchir.

Au congrès de Buda-Pesth en 1880, Antal fit une intéressante communication sur la question qui nous occupe [1]. Il reconnaît au traitement intra-péritonéal les avantages suivants :

1° Possibilité d'une antisepsie parfaite ;

2° Surface de section nette au-dessus de la ligature, possibilité de faire la ligature isolée des vaisseaux ;

3° Pas de sécrétion du pédicule, par suite de la suture de ses faces d'après la méthode de Schrœder ;

4° Fermeture absolue du col de l'utérus, non communication de la cavité péritonéale avec le dehors.

Malheureusement, il nous expose 4 résultats malheureux, dus soit à la péritonite, soit à l'épuisement, soit au tétanos.

Kovacs se rallia à Antal; il montra un moignon utérin dont les faces étaient réunies par la suture en étages (l'opérée était morte de néphrite intercurrente). Il a extirpé récemment, d'après une communication insérée dans la *Presse médicale de Pesth*. un myome myxomateux énorme, par l'amputation supra-vaginale, et le pédicule fut lié, suturé, réduit ; l'on draina le cul-de-sac de Douglas, et l'opérée guérit.

Dans une récente communication insérée dans le *Centralblatt für Gynœcologie* de 1882, Geza von Antal n'est pas rassuré par la ligature en masse du pédicule utérin ; il préfère lier séparément les vaisseaux de la surface du pédicule, puis la double d'un revêtement séreux comme Kovacs.

Pour éviter la pénétration de matières septiques du moignon utérin

1. *Centralblatt für Gynæcologie*, p. 188, 1880.

dans le péritoine, l'auteur a fait la suture de la cavité utérine ; il préfère avant tout le catgut comme moyen de réunion. Nous n'insisterons pas sur la ligature atrophiante des ovaires, qu'il ajoute à l'hystérectomie pour arrêter le fonctionnement de l'appareil génital et éviter ainsi la castration proprement dite.

En somme, la méthode opératoire de Schrœder plus ou moins modifiée a été suivie par un certain nombre de chirurgiens et paraît avoir donné dans quelques cas de bons résultats.

G. Léopold [1] s'y rattache aussi, et dans les 30 laparatomies dont il expose la statistique il comprend six amputations supra-vaginales, qui lui ont donné deux morts ; elles ont été pratiquées d'après le procédé indiqué plus haut, et le pédicule a été réduit.

Georges Fischer, dans une myomectomie a légèrement modifié la manière de faire de Schrœder. Il s'agissait d'un énorme fibrome pédiculé de l'utérus. Il jeta sur le pédicule une ligature élastique, dont il coupa à ras les bouts après l'avoir fixé à l'aide de fils de soie phéniquée ; il fit ensuite la section transversale, dont la largeur était à peu près celle de la paume de la main, à 2 centim. et demi du lien constricteur ; il fut possible de recourber la surface de section et d'en adosser les deux moitiés à l'aide de sutures. Le tout fut réduit, pédicule et ligature élastique, et la malade rentra chez elle, guérie, le vingt-huitième jour. Il n'a pas fait l'incision cunéiforme de Schrœder craignant le glissement de la ligature élastique, qui est abandonnée dans le ventre. Olshausen se proposerait d'après lui, quand il réduira avec le lien en caoutchouc, de ne plus suturer le pédicule ; Fischer croit que, lorsqu'on le peut, il vaut mieux faire la réunion ; on se met ainsi plus facilement à l'abri de la septicémie et des hémorrhagies.

Pour empêcher le glissement des ligatures soit en catgut, soit en soie phéniquée, soit en caoutchouc, certains chirurgiens, et parmi eux Czerny et Billroth, préparent pour ainsi dire la rainure dans laquelle les ligatures devront tenir, en serrant d'abord avec un serre-nœud et un fil de fer. Le lien définitif est placé dans la rigole ainsi produite, puis définitivement serré. Czerny divise généralement le pédicule en deux, creuse à l'aide du serre-nœud les rainures et fait une double ligature définitive.

Jusqu'ici, nous n'avons guère cité que des noms de chirurgiens allemands. Quelle est l'opinion des gynécologistes anglais et américains sur la grave question qui nous occupe?

Spencer Wells, après avoir longtemps fixé le pédicule dans la partie inférieure de la plaie abdominale, expose dès 1878 sa nouvelle pratique, qui consiste, quand il le peut, à réduire le pédicule. Pour ce faire, il le fixe solidement dans une pince spéciale qu'il a fait construire, sectionne la tumeur, lie ensuite le moignon en masse ou en portions séparées suivant sa plus ou moins grande épaisseur, et suture le péritoine par-

1. *Dreissig laparotomien* (*Archiv. f. Gynæcologie*, Hft I, tome XX).

dessus, de façon à doubler la surface du pédicule, qui est ensuite réduit. Quand il le peut, il fait aussi la ligature séparée des vaisseaux. Dans son *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, nous avons relevé ses opérations, qui depuis 1878 ont presque toutes été faites d'après les indications ci-dessus, et nous avons trouvé 5 morts sur 16 opérations d'hystérectomie, soit sus-vaginale, soit partielle du fond ou des cornes, soit de myomectomie, tandis que sur 23 opérations faites avant 1878 il y avait quinze morts et huit guérisons seulement. Aussi Spencer Wells tourne-t-il vers le traitement intra-péritonéal du pédicule et espère-t-il, grâce aux efforts faits dans cette voie, de grands progrès pour la chirurgie utérine.

« Quel que soit le doute que l'on puisse conserver, dit Spencer Wells page 464 de son *Traité,* quant à la valeur de mes expérimentations sur les animaux et de celles de ma pratique chirurgicale, en engageant aujourd'hui les chirurgiens à réunir les bords du péritoine divisé, je suis certain de ce que je fais. » Le savant chirurgien anglais est d'avis de réunir la plaie abdominale et insiste encore plus énergiquement, s'il est possible, pour que l'on réunisse également les bords péritonéaux de la paroi utérine divisée, ou de la portion de la tumeur qui est en rapport avec la paroi utérine. Quand la cavité utérine a été ouverte, il est préférable, d'après lui, de ne pas réunir les surfaces muqueuses à l'aide de sutures, d'après la méthode de Schrœder, parce que l'ouverture laissée pour permettre au suintement sanguin de se faire par le vagin peut parfois être utile.

Lawson Tait[1] recommande beaucoup aussi le traitement intra-péritonéal après réduction ; il a fait en tout 110 laparotomies dont 4 hystérectomies; il a eu 2 morts et 2 guérisons; ces deux dernières ont été obtenues par la ligature du pédicule, la cautérisation de la surface, puis la réduction. Il n'a pas été aussi heureux dans un troisième cas. Le quatrième cas était un sarcome malin, qui ne peut guère entrer en ligne de compte. Il est d'avis que, si le clamp est bon pour la sécurité du pédicule, il n'a pas en somme d'autres grands avantages.

Cette manière de faire se rapproche beaucoup de celle de Billroth et de Weinlechner.

Billroth prend le pédicule dans un compresseur spécial, à l'aide duquel il constitue une sorte de gouttière dans laquelle seront placés le ou les fils, suivant son épaisseur; puis il cautérise au thermocautère Paquelin la surface et ne fait aucune suture. Weinlechner lia dans un cas le pédicule, qu'il réduisit, après l'avoir cautérisé superficiellement au thermocautère. L'opérée guérit. Il a fait 4 opérations analogues en fixant le pédicule au dehors; il y a eu 4 morts de pyohémie et de septicémie. Parmi les chirurgiens français, nous ne trouvons guère que notre maître Eugène Bœckel et Jules Bœckel, de Strasbourg, qui soient partisans décidés du traitement intra-péritonéal.

1. 110 *Laparotomie* (*medical Times and Gazette*, p. 544 et 625, 1881).

En 1880, Eugène Bœckel publiait dans la *Gazette médicale de Strasbourg* l'histoire d'une myomectomie pratiquée pour un cystofibrome pédiculé de l'utérus. On fit la réduction du pédicule lié, après avoir suturé, par-dessus sa surface, le péritoine à l'aide d'une suture en surjet. La malade guérit.

Kœberlé profita de la discussion qui s'éleva à la Société de médecine pour combattre énergiquement la réduction du pédicule dans les cas d'hystérectomie et même de myomectomie; il se montra partisan absolu de la fixation à la plaie de l'abdomen.

En 1881, Jules Bœckel enleva une tumeur pesant 2 kil. 130 gr. avec l'utérus par l'amputation sus-vaginale. Il extirpa avec la matrice l'ovaire et la trompe du côté gauche; les vaisseaux furent liés au fur et à mesure et sectionnés entre deux ligatures de catgut. On coupa le pédicule au ras du vagin, et il n'y eut pas une goutte de sang. Bœckel fit la réduction et plaça un drain dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Le tube fut enlevé le deuxième jour, et la guérison était complète au bout de six semaines.

A cette occasion-là encore, Kœberlé appuya sur les idées qu'il avait déjà exposées et exprima les grandes difficultés qui entouraient la pratique suivie par Bœckel : la ligature isolée et successive des vaisseaux dans les cas de tumeurs très vasculaires et se prolongeant dans les ligaments larges et le petit bassin. Dans ces cas-là, d'après lui, il faut savoir s'abstenir.

D'après ce que nous avons exposé dès le début de notre étude sur le traitement du pédicule, les deux méthodes extra et intra-péritonéale ont chacune leurs avantages : Certains chirurgiens ont cherché à les combiner en employant une méthode mixte; c'est ce qu'a essayé de faire Freund, d'après une communication de Homburger (*Centralblatt für Gynœcologie*, n° 31, p. 481, 1882).

Une femme portant un gros fibrome utérin entra dans son service; elle était anémique au dernier degré, par suite d'hémorrhagies profuses et continuelles. Freund tâcha de réunir les avantages du traitement intra-péritonéal (pas de hernies, pas de tiraillement de la cicatrice) à ceux de l'extra-péritonéal (pas de dangers d'infection du péritoine et d'hémorrhagie interne). Il pensa enfermer le pédicule lié dans un tube imperméable qui sortît en dehors et obtenir ainsi, en même temps qu'un facile écoulement des liquides sécrétés, la possibilité d'évacuer sans difficulté les parties mortifiées du moignon et d'observer la moindre hémorrhagie.

Après avoir ouvert le ventre, il lia d'abord les ligaments larges avec des ligatures élastiques, puis jeta un lien en caoutchouc autour du col de l'utérus; la tumeur fut abrasée et la surface de section cautérisée; le pédicule, avec les deux petits résultant de la ligature des ligaments larges, fut enfermé dans un condom ! en caoutchouc dont le bout fermé avait été coupé; le condom fut fixé à l'aide d'un tube élastique placé au-dessous de la ligature principale du moignon; après toilette du péritoine, le bout ouvert fut amené au dehors et consolidé à l'aide d'un tube de verre qui

atteignit la surface de section; les bouts des ligatures élastiques furent attirées à travers lui. On ferma la plaie abdominale jusqu'à l'angle inférieur, qui laissa émerger le condom et le tube de verre, que l'on fixa. Freund mit dans le tube de verre un tampon de ouate garni d'iodoforme, destiné à s'imbiber des produits de sécrétion.

Tout se passa admirablement. La sécrétion s'écoula par le tube et ne présenta aucune odeur. Le douzième jour, celui-ci fut remplacé par un tube en caoutchouc; le dix-septième jour, ce dernier fut lui-même enlevé. Les grosses ligatures et les moignons liés ne tombant pas, on tira dessus à l'aide d'un clamp ; le cinquante-sixième jour, on put tout enlever. L'opérée guérit.

Ce procédé a présenté deux inconvénients :

1° Chute lente de l'eschare et des tubes constricteurs ; on pourra l'éviter en ne les cousant contre le pédicule que dans le tour supérieur.

2° Des granulations recouvrant à la longue l'eschare, on évitera ce bourgeonnement en mettant un petit tube en verre jusque sur le moignon au lieu du gros.

Homburger termine en recommandant cette méthode pour les gros pédicules ; les petits seront liés à la soie phéniquée et réduits.

Nous ne nous appesantirons pas sur cette manière de faire, qui a pour elle un succès; nous ne pouvons cependant nous empêcher de croire que la mince pellicule de caoutchouc doit constituer une bien faible barrière, une véritable toile d'araignée contre le danger !

En France, la plupart des chirurgiens sont pour le traitement extra-péritonéal, pour peu que le pédicule soit volumineux et vasculaire ; la réduction n'a été faite que dans les cas de pédicule mince et court.

Les différents travaux et mémoires que nous venons d'analyser doivent-ils changer notre conduite dans l'hystérectomie et la myomectomie?

Quoique, comme nous l'avons indiqué au début, les statistiques soient un criterium souvent mensonger, il est cependant nécessaire et utile d'en tenir compte, surtout quand elles sont faites dans un bon sens et constituées par la réunion de faits sortant de la pratique de chirurgiens exercés à l'opération en question. Nous n'avons rassemblé que les cas d'hystérectomies sus-vaginales et partielles, de myomectomies, publiés depuis 1878 et pratiqués sous les auspices de la méthode antiseptique, qui a révolutionné, on le peut dire, du tout au tout la chirurgie abdominale.

120 observations ont été parcourues, et nous devons dire qu'un assez grand nombre d'entre elles proviennent de statistiques personnelles, telles celles de Péan, de Spencer Wells, d'Olshausen, etc.

Ces 120 opérations se décomposent de la façon suivante :

Amputations supra-vaginales	77
Amputations partielles	30
Myomectomies	13
Total	120

Nous avons séparé autant que cela nous a été possible, d'après les

observations, les tumeurs fibro-kystiques des fibromes proprement dits :

Amputations supravaginales :	Fibromes	71
	Cystofibromes	6
Amputations partielles :	Fibromes et fibro-sarcomes.	24
	Cystofibromes	6
Myomectomies :	Fibromes	11
	Cystofibromes	2

Voici quels ont été les résultats opératoires, suivant l'emploi de telle ou telle des méthodes de traitement du pédicule :

Traitement extra-péritonéal.

	FIBROMES	CYSTOFIBROMES
Hystérectomies supra-vaginales, 53.	26 guérisons, 22 morts.	4 guérisons, 1 mort.
Hystérectomies partielles, 16.	8 guérisons, 4 morts.	4 guérisons.
Myomectomies, 2.	2 guérisons.	»

Traitement intra-péritonéal.

	FIBROMES	CYSTOFIBROMES
Hystérectomies supra-vaginales, 24.	12 guérisons, 11 morts.	1 guérison.
Hytérectomies partielles, 14.	8 guérisons, 4 morts.	1 guérison, 1 mort.
Myomectomies, 11.	7 guérisons, 2 morts.	2 guérisons.

Nous ne voulons tirer des tableaux ci-dessus aucune notion sur la mortalité et par conséquent la gravité absolue de l'hystérectomie; trop d'observations défavorables à la cause ne sont pas publiées et par conséquent ne pèsent pas dans la balance. Les statistiques personnelles nous serviront beaucoup mieux dans ce but.

Mais comparons les résultats des méthodes extra et intra-péritonéale en bloc :

Nous trouvons que 70 opérations faites en employant la fixation au dehors du pédicule ont donné 44 guérison et 27 morts, soit : guérisons 62, morts 38 pour 100.

49 opérations faites en réduisant le pédicule ont donné 31 guérisons et 18 morts, soit : guérisons 63, morts 37 pour 100.

La méthode intra-péritonéale l'emporterait donc sur son adversaire, mais tellement peu qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de la différence, surtout quand on compare le nombre d'opérations de part et d'autre; il

est vrai, pour atténuer cette dernière réflexion, que nous n'avons pas fait entrer en compte les succès personnels de Schrœder, qui accuse 13 succès sur 14; mais nous n'avons pu nous procurer ses observations.

Pour ce qui concerne chaque classe d'opérations pratiquées pour les fibromyomes seuls, puisqu'il faut mettre à part les cystofibromes, généralement moins dangereux à opérer, voici ce que nous trouvons :

AMPUTATIONS SUPRA-VAGINALES : 71.

Traitement intra-péritonéal.		*Traitement extra-péritonéal.*	
Guérisons	54,17	Guérisons	56,60
Morts	45,83	Morts	43,40

AMPUTATIONS PARTIELLES : 24.

Traitement intra-péritonéal.		*Traitement extra-péritonéal.*	
Guérisons	63,63	Guérisons	63,63
Morts	36,37	Morts	36,37

MYOMECTOMIES (chiffre insignifiant d'opérations).

Guérisons	77,77
Morts	22,23

On voit, d'après le tableau ci-dessus, que la mortalité dans les deux cas augmente à mesure qu'on enlève davantage l'utérus, et surtout quand on ouvre sa cavité; Knowsley Thornton et Bantock ont très bien insisté sur ce fait.

Il faut savoir en effet que souvent la cavité utérine n'est plus constituée par l'étroit canal que nous trouvons sur l'utérus normal et dont les deux parois s'accolent presque l'une contre l'autre; elle est augmentée de volume en largeur et surtout en longueur par le tiraillement progressif de l'utérus par la tumeur, et aussi par une sorte d'hypertrophie pathologique très connue, dans le cours du développement des corps fibreux. Souvent aussi, la muqueuse s'est hypertrophiée et sécrète des produits abondants muqueux et même purulents, qui deviennent facilement infectieux. Péan nous rapporte dans une de ses observations que la muqueuse du corps avait une teinte verdâtre bien manifeste.

Toutes les fois donc que l'on pourra former un pédicule à la tumeur sans ouvrir la cavité utérine, cela vaudra mieux, et l'on se mettra plus à l'abri des complications septicémiques.

Nous voyons, d'après les chiffres ci-dessus, que la différence est très faible entre le nombre des succès et des morts, suivant que l'on a réduit ou que l'on a fixé le pédicule dans la plaie abdominale.

Si nous recherchons quelles sont les causes de mort dans les cas que nous avons compulsés, nous voyons, en ne tenant compte que de ceux où la terminaison est nettement indiquée, que celles qui amènent le plus souvent une issue funeste sont le choc et l'épuisement et la péritonite.

Le choc et l'épuisement semblent être aussi fréquents, suivant qu'on réduit ou qu'on fixe le pédicule, quoique nous ne trouvions que sept morts par choc sur vingt-sept par le traitement extra-péritonéal, et huit

morts sur dix-huit par l'intra-péritonéal ; dans huit cas où la cause est indéterminée, il y a certainement plusieurs cas de choc traumatique à mettre sur le compte du traitement par la fixation.

La péritonite semble être manifestement moins fréquente quand on réduit que lorsque l'on fixe le pédicule.

La septicémie et les hémorrhagies paraissent par contre moins rares lorsqu'on fixe le moignon, mais là encore nous ne pouvons émettre qu'une opinion relative. Il est d'ailleurs quelquefois absolument impossible de déterminer exactement la cause de la mort, qui est produite par plusieurs lésions simultanées.

En somme, le choc et la péritonite restent les ennemis les plus redoutables de l'hystérectomie ; viennent ensuite la septicémie, l'hémorrhagie et les accidents nerveux.

Voici les chiffres que nous avons pu relever :

Morts.	Traitem. extra-péritonéal.	Traitem. intra-péritonéal
Péritonite..................	10	2
Choc ou épuisem..........	7	8
Hémorrhagie..............	2	2
Septicémie................	»	3
Tétanos...................	»	1
Indéterminées............	8	2

En résumé, pouvons-nous porter un jugement sur les deux grandes méthodes rivales en présence, d'après nos recherches? Cela nous semblerait prématuré et téméraire; néanmoins nous croyons pouvoir dire qu'il faut être éclectique, que tel cas se prêtera à la méthode intra-péritonéale, tel autre à la méthode extra-péritonéale.

Tant que nous ne serons pas garantis contre l'infection septique partant du moignon utérin dans l'hystérectomie supra-vaginale et que nous craindrons l'hémorrhagie, lorsque le col sera gros et assez long, qu'il aura fallu détacher des adhérences nombreuses, nous pensons qu'il vaut peut-être mieux fixer le pédicule à la plaie après l'avoir entouré d'une forte ligature élastique, soit simple, soit double, soit multiple.

Si le pédicule est trop court pour l'attirer facilement au dehors sans tirailler par trop les organes du bassin et le péritoine, il faudra se résoudre à employer soit le procédé de Spencer Wells, soit celui de Schrœder et réduire le pédicule.

Quand l'hystérectomie pourra être partielle et surtout quand elle n'ouvrira pas la cavité utérine, il sera peut-être bon d'essayer la réduction, si toutefois le pédicule satisfait aux deux conditions suivantes : volume moyen et vascularisation moyenne. S'il est très gros, très vasculaire, il vaudra mieux le fixer, pour pouvoir le surveiller de près.

Dans les hystérectomies partielles et les myomectomies, quand le pédicule sera mince et peu vasculaire, se comportera en un mot comme celui des kystes de l'ovaire, presque tous les chirurgiens sont d'avis qu'il y a lieu de faire la réduction soit après ligatures multiples à la soie phéni-

quée et au catgut, soit après l'avoir traité, comme nous l'avons indiqué dans le courant de ce travail.

Grâce à la méthode antiseptique, grâce aux progrès du diagnostic des tumeurs abdominales et des tumeurs utérines en particulier, l'hystérectomie semble être en bonne voie, comme sa sœur aînée l'ovariotomie.

Il est intéressant à ce point de vue de comparer les statistiques personnelles actuelles avec celles d'il y a quelques années et que nous avons trouvées exposées soit dans les thèses d'Urdy [1], de Pozzi [2], de Letouzey [3], dans les travaux publiés par les chirurgiens eux-mêmes (Spencer Wells, Péan).

Nous citerons surtout ici celle de Péan, qui représente les partisans du traitement extra-péritonéal, et celle de Spencer Wells, qui emploie le traitement intra-péritonéal.

Dans ses leçons cliniques publiées en 1882, Péan rapporte seize nouveaux cas d'hystérectomie pour tumeurs solides, qui se répartissent de la façon suivante (page 1014) :

11 fibromes interstitiels	7 guérisons,	4 morts.
2 sarcomes	2 —	»
2 fibrosarcomes	1 —	1 mort.
1 fibrome sous-péritonéal	»	1 —
Total	10 guérisons,	6 morts.
	62,5 G. 0/0	37,5 M. 0/0

Depuis 1864 jusqu'en 1881, il a pratiqué en tout cinquante et une hystérectomies et myomectomies, qui lui ont donné trente-quatre guérisons et dix-sept morts, soit 66,66 0/0 de succès. Convaincu de la bonté des résultats que donne la réduction du pédicule dans l'ovariotomie, Péan a cherché à procéder de même pour les tumeurs utérines. Malheureusement, il n'a pu réduire que quatre fois, dont deux fois chez des malades à qui il a enlevé simultanément une tumeur de l'ovaire ou du ligament large. Douze fois Péan a fixé le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, hésitant à réduire des moignons volumineux, à large surface de section et que des ligatures en fil de soie pouvaient ne pas mettre à l'abri de toute hémorrhagie.

Dans un grand nombre de cas, il a employé le morcellement.

En dehors des seize hystérectomies que nous venons de citer, Péan a fait trois hystérectomies partielles pour des tumeurs soit fibrocystiques soit cysto-sarcomateuses.

Dans les cas de cystofibromes, on réglera sa conduite au point de vue du sort du pédicule sur le volume qu'il présente. S'il est peu volumineux, on peut facilement l'enserrer dans les ligatures; si tout le tissu morbide est au-dessus d'elles et si le moignon ainsi formé n'est pas

1. *Quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie*, th. Paris, 1875.
2. *De la valeur de l'hystérotomie, etc.*, thèse agrég. Paris, 1875.
3. *De l'amputation supra-vaginale de l'utérus*, th. Paris, 1879.

altéré, l'on peut réduire. Sinon, il faut le fixer au dehors en le momifiant à l'aide du perchlorure de fer et en s'arrangeant de façon à empêcher tout écoulement septique dans le ventre.

Péan a réduit une fois le pédicule, l'a fixé une autre fois; les deux malades ont guéri. On voit par cela qu'il n'est pas exclusif, tout en ayant une grande préférence pour le traitement extra-péritonéal.

Le cas de cysto-sarcome a été remarquable par les adhérences multipliées avec les viscères et les prolongements de la tumeur entre les lames des ligaments larges et le mésentère; à ce propos, il est remarquable de voir les sarcomes, soit solides, soit kystiques, présenter presque toujours cette tendance à l'insinuation dans les feuillets séreux de l'abdomen, à l'adhérence aux viscères (épiploon, intestins, vessie), en s'accompagnant généralement d'ascite, ce qui est rare pour les fibromes, soit simples, soit kystiques. De là le pronostic plus grave des premiers au point de vue opératoire. L'opérée est morte de choc traumatique.

Nous avons relevé, dans les observations de tumeurs solides dont le tableau statistique est publié à la fin des gastrotomies, deux autres cas de morts chez des opérées atteintes de sarcome et de fibro-sarcome.

Péan a observé un cas de kyste de la paroi utérine contenant 23 litres de liquide séreux et non sanguin. Ce kyste a été enlevé; le pédicule, formé à l'aide de sa paroi excisée, a été fixé à la plaie; l'opérée a guéri.

Spencer Wells, dans son *Traité des tumeurs ovariennes et utérines*, nous donne le résultat des 39 hystérectomies ou myomectomies pratiquées par lui.

Ne prenant d'abord, comme plus haut, que celles qu'il a faites depuis 1878, nous trouvons 16 cas, qui lui ont donné 11 guérisons et 5 morts, en ne comptant pas une mort survenue 5 mois après l'intervention.

Avant 1878, 23 opérations lui avaient donné 15 morts et 8 guérisons; ces chiffres prêchent par leur éloquence et justifient notre précédente appréciation.

En effet, si nous compulsons les statistiques antérieures à Letouzey nous trouvons environ 1 succès sur 2 cas, soit 50 0/0 de mortalité; celle-ci va même jusqu'à 60 0/0 et 70 0/0, tandis que les cas récents qu'il a rassemblés depuis la thèse de Pozzi lui ont déjà donné un abaissement de la mortalité à 40 0/0.

Nous ne citerons plus que la statistique des cas opérés par Knowley Thornton publiée en 1880 [1].

3 hystérectomies complètes. Ablation des ovaires.	2 guéris., 1 mort (septicémie).
3 extirpations de tumeurs fibrocystiques.......	3 guérisons.
1 extirpation de tumeur fibrocystique..........	1 mort (obstr. intestinale).
1 hystérectomie partielle avec ablation d'un ovaire.	1 mort d'hémorrhagie.
2 extirpations de tumeurs fibrocystiques.......	1 guéris., 1 mort (septicémie).

Soit 10 cas, 6 guérisons, 4 morts.

(*A suivre.*)

1. *Obstétrical transactions*, vol. XXII, p. 111, 1880.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'HYSTÉRECTOMIE APPLIQUÉE AUX TUMEURS FIBREUSES ET FIBRO-KYSTIQUES DE L'UTÉRUS

Par M. SCHWARTZ,
Chirurgien des hôpitaux.

(*Suite et fin* [1].)

Nous croyons avoir indiqué suffisamment les tendances actuelles des chirurgiens, eu égard au traitement du pédicule, et pouvoir passer à l'exposé d'un certain nombre de points peut-être moins importants, mais à coup sûr très intéressants.

Nous laisserons de côté, dans cette étude, les questions du spray, des ligatures, du drainage.

Le *spray* phéniqué ou thymolé est employé par un certain nombre de chirurgiens, Spencer Wells et Péan par exemple, repoussé par d'autres, comme refroidissant trop l'opérée et surtout le péritoine mis à nu.

Les *ligatures du pédicule* réduit sont faites soit avec du catgut très fort, soit avec de la soie phéniquée ou de la soie de chine, soit encore avec de la soie bouillie dans une solution de sublimé (Hegar), enfin tout récemment avec des fils de caoutchouc phéniqués ou préparés au sublimé.

Il semble qu'un assez grand nombre d'opérateurs n'aient pas une confiance illimitée dans le catgut et emploient plus volontiers les fils de soie, qui se résorbent, mais plus lentement, et ne donnent lieu à aucun accident soit immédiat, soit consécutif.

C'est surtout dans les cas de gros pédicules vasculaires que devra être assurée la sécurité de l'hémostase. Quant aux autres ligatures embrassant des tissus moins résistants ou d'une section peu épaisse, elles pourront être faites indifféremment par du catgut ou tel autre agent que nous avons indiqué.

La question du *drainage* est diversement résolue. Tandis que les uns avec Bardenheuer en sont partisans absolus, les autres avec Mikulicz le repoussent et l'accusent d'être incomplet, inefficace et par cela même nuisible. Il nous semble qu'il faut là comme ailleurs agir d'après certaines indications qui se présentent.

1. Voir le n° de juin 1882, p. 486, et le n° de février 1883, p. 125.

C'est ainsi que lorsque l'opération se sera faite sans grands décollements d'adhérences, sans qu'on ait été obligé d'en laisser dans le bassin, lorsque l'hémostase aura été parfaite, quand il n'y aura pas d'anfractuosités déclives résultant de l'énucléation de prolongements de la tumeur, il sera indiqué de faire l'occlusion complète de la cavité péritonéale, que l'on drainera directement par l'abdomen si les conditions opposées se sont présentées. Le drainage par le vagin, soit à travers le cul-de-sac de Douglas, soit à travers la cavité utérine, est accueilli aujourd'hui avec moins d'enthousiasme, à cause de la désinfection difficile du vagin. Le drainage peut être indiqué dans les quelques jours qui suivent l'opération, lorsque par suite de l'explosion de certains accidents, le chirurgien soupçonne la présence de collections liquides (serosité, sang, pus) dans la cavité abdominale. Ces collections viennent assez souvent saillir dans le cul de sac postérieur du vagin.

On mettra un drain soit dans l'angle inférieur de la plaie, qui généralement a laissé écouler une certaine quantité du produit pathologique; ou l'on fera la ponction par le vagin et le drainage du cul-de-sac, avec toutes les précautions antiseptiques possibles. Les lavages aux solutions salycilées, thymolées doivent être employés avec beaucoup de prudence.

Nous insisterons un peu plus longuement sur une question qui se pose souvent à l'opérateur dans les cas d'hystérectomies et de myomectomies : *Que faut-il faire des ovaires?*

Deux cas peuvent se présenter : ou ceux-ci sont sains ou ils sont altérés.

Dans le premier cas, lorsque la tumeur est interstitielle, elle élève presque toujours avec elle les ovaires qui sont attachés à l'utérus et la majeure partie des chirurgiens n'hésite pas à les enlever avec la tumeur. C'est ainsi que Péan les enlève le plus souvent, parce qu'ils se trouvent entraînés par le fibrome et qu'ils n'ont plus leur raison d'être une fois que l'utérus a été enlevé.

Si la tumeur n'intéresse que le fond ou l'une des moitiés de l'utérus, et si les deux ovaires sont en place ou l'un des deux du moins, il n'y touche pas et ne fait aucune nouvelle manœuvre pour les réséquer.

Il en est de même dans les cas de tumeurs pédiculées sous-péritonéales, n'ayant pas dérangé les rapports de ces organes.

Knowsley Thornton est aussi pour l'ablation des ovaires; de même Spencer Wells et Bantock.

Letousey, dans sa thèse, d'après les faits qu'il a examinés, soutient une opinion analogue; il y trouve les avantages suivants : atrophie des parties fibromateuses qui ont pu être laissées, pas de chances de kystes ovariques qui pourraient nécessiter une nouvelle opération, tout cela obtenu sans augmenter sensiblement les dangers de l'opération.

Nous avons déjà cité la manière de faire de Fischer, qui propose la ligature atrophiante des ovaires au lieu de leur extirpation. Notre confiance est plus grande dans l'ablation, lorsqu'elle est indiquée.

Lorsque les ovaires sont malades, il ne faut pas hésiter à les enlever, quels que soient leurs rapports avec l'utérus et le néoplasme.

C'est ainsi que Péan les enleva sur trois malades, une fois des deux côtés, une fois d'un côté seulement; ils étaient dégénérés et présentaient une disposition kystique.

Cela nous amène à la discussion importante qui eut lieu à la Société de chirurgie à propos d'une observation de Queirel, de Marseille.

Ce chirurgien, en faisant une ovariotomie, se trouva en présence non seulement d'un kyste de l'ovaire, mais encore d'un fibromyome utérin.

Il enleva les deux tumeurs; la malade mourut.

Le professeur Duplay fit à ce sujet un rapport très étudié qui donna lieu à une discussion aussi intéressante (29 mars 1882).

Que faut-il faire dans les cas analogues?

Les professeurs Duplay, Trélat et F. Terrier furent unanimement d'accord que le plus souvent il faut se borner à enlever le kyste de l'ovaire sans toucher à l'utérus. F. Terrier rappelle, à cette occasion, 3 observations où il fit l'extirpation simultanée; les opérés moururent. Duplay rapporte un cas où il tint la conduite qu'il a défendue; l'opérée, âgée de 47 ans, guérit sans inconvénient de la conservation de son fibrome. Cependant, d'après le professeur Trélat, il y a lieu de faire quelques restrictions aux règles énoncées, restrictions qui dépendront surtout des conditions anatomiques de la tumeur. Ainsi il y aura lieu de songer à l'extirpation du fibrome ou de la tumeur utérine, quand il sera très volumineux ou que l'on aura affaire à un cystosarcome.

Voici quelles sont les réflexions que suggéra au docteur Terrier l'observation malheureuse de Queirel.

Quand les tumeurs sont petites, pédiculées, on peut les enlever sans inconvénient et faire la ligature du pédicule.

Si la tumeur est volumineuse et occupe tout le corps de l'utérus, il faut s'arrêter. Il se demande si, dans les cas de corps fibreux interstitiels, il n'y aurait pas avantage à enlever l'ovaire sain (opération de Battey) après avoir extirpé le kyste de l'ovaire, pour combattre les accidents consécutifs du fibrome.

Si la malade est âgée, voisine de la ménopause, il ne faudra absolument pas toucher aux tumeurs fibreuses.

Si les fibromes sont volumineux et donnent lieu à des hémorrhagies, il est permis d'hésiter et d'autant plus que la malade sera jeune.

En effet, l'opération d'Hegar et Battey ne donne pas toujours de bons résultats. Spencer Wells n'y a, par exemple, qu'une confiance très limitée.

Voici quelle est l'opinion du docteur Péan ;

On jugera d'après le volume et le siège des tumeurs utérines de la conduite à tenir, indépendamment de l'idée que pourront avoir suggérée les accidents auxquels la malade a été soumise et l'état où l'auront mise les métrorrhagies, s'il y en a eu. Si l'on se trouve en présence d'une tumeur qui a produit des accidents graves, pouvant nécessiter par eux-mêmes une nouvelle opération, on n'hésitera pas à en pratiquer l'ablation, même si elle est petite; l'extirpation est encore indiquée, si le point d'implantation est restreint, si le fibrome est bien pédiculé, quel que soit son

volume. L'opération, dit Péan, est rendue plus longue, sa gravité est augmentée; mais de la sorte on évite à la malade des accidents ultérieurs qui nécessiteraient peut-être une nouvelle opération.

L'opinion de Spencer Wells n'est pas loin de se rapprocher de la précédente. Voici ce qu'il dit page 542 de son traité déjà cité : « Dans un cas, après avoir terminé l'ovariotomie, j'enlevai également un fibrome du fond de l'utérus. Cette malade est morte, et je crois qu'elle aurait guéri si je n'avais pas touché à l'utérus, ainsi que je l'ai fait cinq à six fois depuis, où les dimensions de la tumeur étaient insignifiantes. Mais toutes les fois qu'elles sont assez considérables pour causer quelques troubles, j'extirpe les tumeurs en même temps que le kyste ovarien. Il y a deux ans, une malade guérit après l'enlèvement d'une tumeur utérine presque aussi volumineuse qu'un kyste de l'ovaire, et cette année j'ai enlevé avec succès un kyste dermoïde de l'ovaire gauche et des fibromes du côté droit de l'utérus dans la même opération.

Quoi qu'il en soit, il semble bien résulter de la discussion de la Société de chirurgie, des deux avis que nous venons de mentionner, que, sauf indications spéciales tenant à l'âge, à la force de la malade, aux conditions de siège, de volume et de nature de la tumeur, aux accidents qu'elle provoque, il est d'une saine pratique chirurgicale de ne pas faire en même temps l'ovariotomie et l'hystérectomie.

Comme on le pense, bien des champs sont restés inexplorés dans cette revue générale; nous avons tenu à insister sur les plus importants et les plus palpitants par leur actualité; bien heureux si nous avons pu mettre en lumière quelques questions interessantes de la pratique gynécologique.

L'hystérectomie reste une opération sérieuse tant par les difficultés qui lui sont naturellement inhérentes que par les résultats opératoires.

Malgré une amélioration incontestable dans les statistiques, grâce aux méthodes antiseptiques, grâce au perfectionnement du manuel opératoire, grâce aussi à une connaissance plus approfondie de la clinique des tumeurs utérines, elle est bien loin derrière son aînée l'ovariectomie.

Elle ne devra donc être entreprise que dans des cas bien déterminés, dans des cas d'indication vitale et quand toutes les ressources de la thérapeutique auront été épuisées, si toutefois d'emblée le chirurgien n'a pas reconnu que leur action restera inefficace.

La myomectomie, tout en étant moins grave, est moins souvent indiquée et prête à des réflexions analogues, quoique moins sévères.

Nous réserverons pour un autre travail, l'étude des opérations que l'on a voulu substituer récemment à l'hystérectomie ou plutôt à l'aide desquelles on a essayé de la tourner (opération de Battey et d'Hégar, énucléation après laparotomie).

Ed. Schwartz.

HYSTÉRECTOMIES SUPRAVAGINALES POUR TUMEURS UTÉRINES

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	ACCIDENTS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
1	Kœberlé. *Gazette médicale de Strasbourg*, p. 136, 1879.	38	Métrorrhagies profuses.	Traitement extra-péritonéal.	»	»	Guérison.	»
2	Nicolaysen. *Norksmagazin for. Z.*, Band IX, p. 225.	44	Fibrome énorme, épuisement rapide.	Morcellement. Fixation du pédicule.	Adhérences multiples.	Ablation des trompes et des ovaires.	*Idem.*	»
3	*Idem.*	37	Fibrome énorme.	Traitement par le serre-nœud; extra-péritonéal.	Adhérences au bassin.	»	*Idem.*	»
4	Dorff (Hegar et Kaltenbach). *Centralblatt für Gynæcologie*, p. 265, 1880.	36	Douleurs, marasme.	Traitement extra-péritonéal au chlorure de zinc.	»	»	*Idem.*	»
5	*Idem.*	49	Hémorrhagies.	*Idem.*	»	»	*Idem.*	»
6	*Idem.*	36	Péritonites et dysménorrhée.	*Idem.*	»	»	*Idem.*	»
7	*Idem.*	35	Rapide épuisement.	*Idem.*	»	»	*Idem.*	»
8	Kasprzik. *Centralblatt f. Gynæcologie*, p. 252, 1881.	30	»	*Idem.*	»	»	*Idem.*	»
9	*Idem.*	34	»	*Idem.*	»	»	*Idem.*	»
10	*Idem.*	39	»	*Idem.*	»	»	»	Mort.
11	*Gynæcolog. dy obstetrics midellelser.* Copenhague. Band II, p. 270, 1879.	41	Fibrocystome, marasme.	Fixation au dehors.	Adhérences, épiploïques.	»	»	Mort, le 5e jour, de péritonite.
12	Kusnisky. *Journal der Gesellschafft der Aerzte in Kazan*, nº 16, 1881.	»	Fibrocystome, 46 kilog.	Pédicule de 25 centim. de circonférence, fixation au dehors; ligature en deux.	»	»	Guérison après 7 semaines.	»
13	Dezanneau. *Société de chirurgie*, 15 octobre 1879.	47	Fibrocystome.	Pédicule large et court, fixation au dehors.	Adhérences à la face postér. de l'utérus et épiploïques.	Ablation des ovaires.	Guérison.	»

HYSTÉRECTOMIES SUPRAVAGINALES POUR TUMEURS UTÉRINES (*Suite*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	ACCIDENTS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
14	Péan. *Leçons cliniq. chirurgicales*, tome III, p. 968, 1882.	49	Fibromes.	Fixation au dehors, cautérisation.	»	Ablation des ovaires.	»	Mort d'accidents péritonéaux.
15	*Idem.*	51	Fibrome.	Enorme pédicule, fixation à la paroi.	»	Ablation des 2 ovaires.	Guérison après de l'infection putride.	»
16	*Idem.*	46	Fibrome.	Morcellement, fixation à la paroi.	»	Ablation des 2 ovaires.	»	Mort de péritonite.
17	*Idem.*	42	Fibrosarcome.	Morcellement, fixation à la paroi.	»	Ablation des 2 ovaires.	»	Mort d'épuisement.
18	*Idem.*	35	Fibrome.	Morcellement; ligature et fixation.	»	Ablation des ovaires.	Guérison.	»
19	*Idem.*	31	Fibrome.	Ligature en 2; fixation.	»	Ablation d'un ovaire kystique.	Guérison.	
20	*Idem.*	»	Tumeur fibreuse.	Fixation du pédicule cautérisé.	»	Ablation des ovaires.	»	Mort de péritonite.
21	*Idem.*	42	Fibrosarcome.	Fixation du pédicule lié en 3 parties.	Adhérences vésicales.	»	Guérison.	»
22	Tillaux. *Académie de médecine*, 14 octobre 1879.	35	Fibromyome.	Gros pédicule, fixation.	»	»	Guérison avec persistance de fistule.	»
23	Périer. In *Th. de Letousey*, 1879.	42	Fibrome.	Fixation au dehors.	»	»	Guérison.	»
24	Marc Sée. In *Th. de Letousey*, 1879.	26	*Idem.*	*Idem.*	»	»	»	Mort d'asphyxie en 24 h

HYSTÉRECTOMIES SUPRAVAGINALES POUR TUMEURS UTÉRINES (*Suite*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	ACCIDENTS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
25	Horteloup. *Idem.*	»	»	Fixation au dehors.	Déchirure du bord supér. du ligament large.	»	»	Mort 3 jours après.
26	Montgomery. *American Journal of obstetric*, mai 1882.	48	Fibrome, 15 livres. Hémorrhagie.	Traitement extra-péritonéal.	Hémorrhagie.	»	»	Mort après 2 h. 1/2.
27	Terrier. Communication directe.	40	Fibrome.	Traitement extra-péritonéal.	»	»	»	Mort. Péritonite.
28	*Idem.*	48		*Idem.*	Kystes ovariques fusionnés.	Ovariotomie et hystérectomie.	»	Mort. Péritonite.
29	*Idem.*	63		*Idem.*	»	*Idem.*	»	Mort. Épuisement.
30	*Idem.*	43	Fibrosarcome.	*Idem.*	Ouverture de la vessie.	»	Guérison, fistule guérie.	»
31	*Idem.*	45	»	Traitement intra-péritonéal.	»	»	»	Mort. Hémorrhagie.
32	Nieberding. *Arztzliches Intelligenzblatt*, nos 37, 38, 1882.	»	Fibrome.	Traitement extra-péritonéal, serre-nœud.	»	»	»	Mort 85 h. après l'opération.
33	Polaillon. Communication directe.	»	»	Traitement par le serre-nœud et fixation au dehors.	»	»	»	Mort.
34	*Idem.*	»	»	*Idem.*	»	»	»	Mort.
35	*Idem.*	»	»	*Idem.*	»	»	»	Mort.
36	Lucas Championnière. Communication directe.	40	Vaste fibrome.	Traitement extra-péritonéal.	Ouverture de la vessie.	»	Guérison avec fistule urinaire fermée ensuite.	»

HYSTÉRECTOMIES SUPRAVAGINALES POUR TUMEURS UTÉRINES (*Suite*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	ACCIDENTS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
37	Dawson. *American Journal of obstetrics*, p. 72, 1882.	39	Fibrome avec hémorrhagies profuses.	Traitement extra-péritonéal. Clamp.	»	Ablation des ovaires.	»	Mort 5 jours après de suppuration du pédicule.
38	Schenck. *American Journal of obstetrics*, juli 1881.	47	Enorme tum. ovarienne adhér. à l'utérus.	Clamp de Spencer Wells, drainage.	»	»	Guérison.	»
39	Billroth. *Archiv für klinische Chirurgie*, vol. XXI, fasc. 4, p. 860.	49	»	Fixation du pédicule à la face profonde de la paroi (pédicule très court).	»	Ablation des 2 ovaires.	Guérison.	»
40	Hovitz. *Gynæcolog. and obstetric midellelser.*, Band III, p. 57.	49	Fibromes.	Fixation comme Péan, gros pédicule.	»	»	Guérison en 5 semaines.	»
41	*Idem.*	46	*Idem.*	*Idem.*	»	»	*Idem.*	»
42	*Idem.*	49	*Idem.*	Méthode d'Hegar.	»	»	»	Mort.
43	Zweifel. *Berliner klinische Wochenschrifft*, L.os 22, 23, 24, 1881.	57	*Idem.* Douleurs très violentes.	Serre nœud de Kœberlé, fixation.	»	»	Guérison en 6 semaines.	»
44	*Idem.*	»	*Idem.* Obstruction intestinale.	Fixation du pédicule.	»	»	Guérison; le pédicule se retire à un moment donné.	»
45	*Idem.*	»	Fibroïdes multiples.	Fixation du pédicule, drainage du cul-de-sac de Douglas.	»	Ablation des 2 ovaires.	»	Mort.
46	*Idem.*	»	*Idem.*	*Idem.* Pas de drainage.	»	»	Guérison.	»
47	Stoker. *The Dublin journal of medicin. sc.*, p. 87, 1880.	26	Fibrome.	Essai de réduction; puis crainte de l'hémorrhagie; fixation, drainage.	»	Ablation d'un ovaire.	Guérison après 7 semaines.	»

HYSTÉRECTOMIES SUPRAVAGINALES POUR TUMEURS UTÉRINES (*Suite*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	ACCIDENTS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
48	Lossen et Fürstner. *Berliner klinische Wochenschrifft*, n° 34, 1880.	»	Fibrome énorme.	Gros pédicule. Clamp. Méthode de Péan.	Erreur de diagnostic; on avait pensé à un kyste de l'ovaire.	»	Guérison; accès de manie aiguë au retour des règles.	»
49	Chambers. *The obstetric Journal of G. Britannia and Ireland*, p. 394, 1880.	»	Fibrome kystique.	Clamp; branches parallèles, fixation.	Hémorrhagie.	»	Guérison.	»
50	Körte. *Archiv f. klinische Chirurgie*, p. 545, 1880.	47	Fibrome sous-séreux.	Ligature sur une broche, cautérisation ignée du pédicule.	»	»	»	Mort de collapsus, 3e jour.
51	Duplay. *Bull. Académie de médecine de Paris*, p. 1065, 1879.	41	Enorme tumeur.	Fixation après morcellement.	»	»		Mort d'épuisement.
52	*Idem.*	26		Fixation.	»	»	Guérison.	»
53	Spencer Wells. *Loco citato.*	38	»	Amputation de toute la portion sus-vaginale. Ligature du pédicule.	»	»	»	Mort le même jour d'hémorrhagie.
54	Antal. *Centralblatt für Gynæcologie*, 29 juillet 1882.	»	Fibrome interstitiel.	Suture du pédicule après ligature des vaisseaux, d'après Kovacs. Réduction.	»	Ligature atrophiante de l'ovaire droit.	Guérie.	»
55	*Idem.*	40	Fibrome interstitiel.	*Idem.*	»	*Idem* de l'ovaire gauche.	Guérie.	»
56	Sydney Jones. *British med. journal*, p. 539, 1882.	51	Fibrome interstitiel. Hémorrhagies.	Ligature du col. Réduction.	»	»	Guérie.	»
57	Sydney Jones. *The Lancet*, 21 janvier 1882.	45	Myome.	Décollement du péritoine du pédicule; ligatures séparées. Réduction.	Adhérences à la vessie.	»	»	Mort 6 jours après.

HYSTÉRECTOMIES SUPRAVAGINALES POUR TUMEURS UTÉRINES (*Suite*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	ACCIDENTS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
58	Eddoves. *The Lancet*, 5 févr. 1881.	37	Fibrome. Cachexie.	Ponction de 3 kystes. Ligatures. Réduction.	Adhérences dans le bassin.	»	»	Mort après 3 heures.
59	Léopold. *Beiträge zür Geburtshilfe*, 1881.	41	Fibrome interstitiel, 16 livres.	Ligature élastique après section cunéiforme. Réduction.	»	»	Guérie. Issue de pus par le vagin, le 20e jour. Abcès du pédicule.	»
60	*Idem*.	40	Fibrome, pédicule gros et court.	*Idem*.	»	»	Guérison.	»
61	Olshausen. *Deutsche Zeitschrifft für Chirurgie*, p. 189, 1881.	»	»	Ligature en 2 du col, pas de drainage. Réduction.	Adhérences multiples.	»	»	Mort de choc après 14 h.
62	*Idem*.	»	»	Ligature en 2 du col, méthode de Schrœder. Drainage.	»	»	»	Mort de choc après 20 h.
63	*Idem*.	»	»	Méthode de Schrœder. Pas de drainage.	»	»	Guérison malgré une rupture de la plaie abdominale suturée, pendant un effort.	»
64	Langenbuch. *Berliner klinische Wochenschrifft*, n° 9, 1881.	44	Fibromyomatose de l'utérus.	Méthode de Schrœder. Drainage.	»	»	Guérison malgré une complication d'iléus les 7 premiers jours.	»
65	Körte. *Archiv für klinische Chirurgie*, p. 545, 1880.	34	Fibrome de 22 kilog. 1/2.	Division du pédicule en 3; cautérisation ignée; ligature avec la soie phéniquée. Réduction.	Adhérences multiples.	»	»	Mort après 9 h. d'hémorrhagie.

HYSTÉRECTOMIES SUPRAVAGINALES POUR TUMEURS UTÉRINES (*Fin*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	ACCIDENTS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
66	Savage. *Birmingham f. Allan*, 1879.	35	Fibroïde sous-séreux et kyste de l'ovaire.	Réduction du pédicule.	»	Ovariectomie.	Guérison en 5 semaines.	»
67	J. Bœckel. *Soc. médec. de Strasbourg*, 1881.	46	Enorme fibrome. Hémorrhagies.	Ligature des vaisseaux successive. Réduction, drainage.	»	Ablation de l'ovaire et de la trompe gauche.	Guérison après 6 semaines.	»
68	Antal. *Congrès de Buda-Pesth*, 14 février 1880.	»	Hémorrhagies. Fibromyome.	Méthode de Schrœder. Pas de drain, mais drainage consécutif.	»	»	»	Mort, phénomènes de septicémie.
69	*Idem.*	42	Fibrome et kyste ovarique.	Méthode de Schrœder. Drainage.	»	»	»	Mort. Tétanos.
70	*Idem.*	43	Fibrome. Hémorrhagies.	50 ligatures, 2 drains. Réduction.	»	»	»	Mort d'épuisement.
71	*Idem.*	43	»	Même traitement.	»	»	»	Mort. Péritonite.
72	Kovacs. *Pester medizinische Presse*, nº 49, 1879.	»	Myome myxomateux.	Méthode de Schrœder. Drainage du cul-de-sac de Douglas.	»	»	Guérison.	»
73	Kleberg. *Petersburger medizinische Wochenschrifft*, nº 41, 1879.	35	Fibrome.	Réduction avec la ligature élastique.	»	Ablation des ovaires.	»	Mort de septicémie aiguë.
74	*Idem.*	28	*Idem.*	Réduction avec la ligature élastique.	»	»	Guérison.	»
75	Péan. *Cliniques chirurgicales*, tome III, 1882.	36	Fibrome.	Morcellement, ligature en 3 parties. Réduction.	»	»	Guérison.	»
76	*Idem*, in *Thèse de Raoult*, Paris, 1880.	41	Sarcome.	Ligature en 3 parties du col. Réduction.	»	»	»	Mort le 14 jour d'épuisement.
77	Spencer Wells. *Des tumeurs ovariennes et utérines*, déjà cité.	62	Enorme tumeur. Cystofibrome.	Vaisseaux liés; péritoine suturé sur le moignon. Réduction.	»	»	Guérison.	»

HYSTÉRECTOMIE DU CORPS, DU FOND ET DES CORNES POUR TUMEURS UTÉRINES

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	COMPLICATIONS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
1	Olshausen. *Deutsche Zeitschrifft für Chirurgie*, p. 189, 1881.	»	Fibromes.	Ligature élastique temporaire. Excision cunéiforme. Sutures. Réduction.	»	»	Guérison.	»
2	*Idem.*	»	*Idem.*	Ligatures multiples isolées. Réduction.	»	»	Guérison.	»
3	*Idem.*	»	*Idem.*	Réduction du pédicule suturé avec la ligature élastique.	»	»	Guérison.	»
4	Schücking. *Centralblatt f. Gynæcologie*, p. 53, 1881.	50	Fibrome et kyste de l'ovaire.	Ligature au catgut. Réduction.	»	»	Guérison.	»
5	Raoult (Péan). *Thèse de Paris*, 1880.	39	Fibrome cystique inséré sur la corne gauche.	Gros pédicule lié en 2 au catgut. Réduction après une seconde ligature en masse.	Adhérences multiples.	»	Guérison.	»
6	Savage. *Birmingham for Allen*, 1879.	»	Fibrome du fond.	Réduction du pédicule.	»	»	»	Mort d'épuisement.
7	L. Labbé. *Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 806, 1880.	42	Enorme fibrome.	Refoulement du sang par la bande d'Esmarch. Réduction du pédicule.	»	»	»	Mort, 65 jours de septicémie.
8	Péan. *Cliniques chirurgicales*, tome III, 1882.	35	Fibrome du fond.	Ligature en 3 parties. Réduction.	»	Ablation de l'ovaire droit.	»	Mort d'épuisement.

HYSTÉRECTOMIE DU CORPS, DU FOND ET DES CORNES POUR TUMEURS UTERINES (*Suite*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	COMPLICATIONS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
9	*Idem.*	54	Tumeur fibro-kystique de la corne droite (sarcome).	Ligature en 2 parties du pédicule. Réduction.	»	»	»	»
10	*Idem.*	47	Sarcome du fond et des ligaments larges.	Ligature en 6 parties du pédicule après ligature des ligaments larges. Réduction.	Adhérences vésicales.	»	Guérison.	»
11	Spencer Wells. *Des tumeurs ovariennes et utérines*, traduct. française, p. 475, 1883.	»	Fibromyome solide.	Amputation du fond. Péritoine suturé sur la surface amputée. Réduction.	Adhérences épiploïques.	»	Guérison.	»
12	*Idem.*	43	Fibrome de 11 livres 1/2.	Amputation du fond, suture du péritoine.	»	Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche.	Guérison.	»
13	*Idem.*	52	Fibrome du fond.	Ligatures et sutures. Réduction.	»	Ablation de l'ovaire gauche.	Guérison.	»
14	*Idem.*	35	Fibromyome de 15 livres.	Ligatures.	Adhérences épiploïques.	»	».	Mort de choc et d'hémorrhagie.

HYSTÉRECTOMIE DU CORPS, DU FOND ET DES CORNES DE L'UTÉRUS.

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	COMPLICATIONS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES.	GUÉRISONS	MORTS
1	Olshausen. *Centralblatt für Gynæcologie,* p. 291, 1881.	49	Fibromes, 45 livres.	Ligature élastique. Suture de Schrœder, mais fixation au dehors du pédicule.	Une forte hémorrhagie empêche la réduction.	»	Guérison.	»
2	Pippingskjöld. *Finische medizinische Verahndlungen,* nos 2 et 3, 1881.	45	Fibromyome du fond et de la moitié de l'utérus.	Ouverture de l'utérus. Traitement extra-péritonéal.	»	»	Guérison ; gangrène de la vessie ; fistule uréthrale.	»
3	*Idem.*	28	»	*Idem.*	»	Ablation de l'ovaire de la trompe gauche.	Guérison.	»
4	Gaillard Thomas. *Chicago med. gaz.,* 5 janvier 1880.	39	Gros fibrome kystique. Epuisement.	Fixation du fond de l'utérus sectionné à l'aide de broches.	»	»	Guérison au bout de 5 semaines.	»
5	Goodell. *The American Journ. of obstetrics,* p. 146, 1880.	40	Fibrome kystique.	Serre-nœud sur le corps. Traitement extra-péritonéal.	»	»	Guérison rapide.	»
6	Duplay. *Bullet. Académie de médecine,* p. 1005, 1879.	26	Fibrome.	Pédicule pris dans le serre-nœud de Cintrac ; c'est le fond de l'utérus.	»	»	Guérison.	»
7	Savage. *Birmingham f. Allen,* 1879.	26	Fibrome.	Traitement extra-péritonéal.	»	»	Guérison.	»
8	*Idem.*	40	*Idem.*	*Idem.*	»	»	Guérison. 2 mois.	»
9	Reuss. *Archiv. für Gynæcologie,* p. 110, 1881.	45	Tumeur ovarique, adhér. à l'utérus.	Traitement extra-péritonéal ; broches et serre-nœud.	Adhérences très fortes.	Ablation des ovaires.	»	Mort de péritonite suppurée.
10	Péan. *Cliniques chirurgicales,* tome III, 1882.	48	Fibrome du fond sous-séreux.	Morcellement. Fixation.	»	»	»	Mort de péritonite.

HYSTÉRECTOMIE DU CORPS, DU FOND ET DES CORNES DE L'UTÉRUS (*Fin*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	COMPLICATIONS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
11	*Idem.*	32	Fibrome du corps.	Fixation du pédicule.	»	»	»	Mort. Péritonite.
12	*Idem.*	33	*Idem.*	Fixation. Morcellement après essai de réduction. Pédicule trop gros.	»	»	Guérison.	»
13	*Idem.*	39	Fibrocystome du corps.	Gros pédicule. Ligature en 3 parties. Fixation.	Adhérences nombreuses.	»	Guérison.	»
14	*Idem.*	27	Tumeur utéro-cystique.	Formation d'un pédicule à l'aide de la paroi. Fixation.	»	»	Guérison.	»
15	Spencer Wells. *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus,* traduct. franç., p. 473, 1883.	39	Tumeur kystique du fond.	Clamp.	Adhérences pariétales et intestinales.	»	Guérison.	»
16	*Idem.*	»	Fibrome du fond.	Transfixion et ligature.	Epiploïques et intestinales.	»	»	Mort de péritonite le 3e jour.

MYOMECTOMIES

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	COMPLICATIONS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
1	Sander. *Dissertation inaugurale,* Iéna, 1882.	44	Fibrome.	Opération de Péan. Traitement extra-péritonéal.	»	On ne peut enlever les 2 ovaires.	Guérison. Abcès ouvert dans le vagin.	»
2	Börner. *Sammlung Klinischer Vorträge,* n° 202.	35	Fibrome pédiculé.	Ligature en fil de fer. Clamp. Traitement extra-péritonéal.	»	»	Guérison.	»

MYOMECTOMIES (*Fin*).

	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	AGE	INDICATIONS	TRAITEMENT DU PÉDICULE	COMPLICATIONS OPÉRATOIRES	SORT DES OVAIRES	GUÉRISONS	MORTS
3	Hanahan. *New-York med. Record,* 24 déc. 1881.	»	Myome sous-péritoneal.	Cautérisation du pédicule au perchlorure de fer. Réduction.	»	»	Guérison.	»
4	Pippingskjöld. *Finnische mediz. Verhandlungen,* 1881.	49	Cystofibrome.	10 ligatures séparées du pédicule. Réduction.	»	»	Guérison.	»
5	Winkel. *Gynæcologische Gesellschafft in Dresden,* 3 fév. 1881.	41	Myome de 12 kilog.	Division et ligature du pédicule en 37 parties. Réduction.	»	»	Guérison.	»
6	Olshausen. *Deutsche Zeitschrifft für Chirurgie,* p. 189, 1881.	»	Myome avec pédicule.	Ligature en masse. Réduction. Drainage.	»	»	»	Mort de péritonite.
7	*Idem.*	»	»	Ligature en 2 parties au catgut. Réduction.	»	»	»	Mort d'embolie pulmonaire.
8	*Idem.*	»	*Idem.*	Réduction.	»	»	Guérison.	»
9	*Idem.*	»	*Idem.*	Réduction.	»	»	Guérison.	»
10	*Idem.*	»	*Idem.*	Ligature élastique et réduction avec elle.	»	»	Guérison.	»
11	Sander. *Dissertat. inaugur.,* Iena, 1882.	28	Fibromyome douloureux. Ascite.	Ligature en deux. Réduction.	Adhérences nombreuses.	»	Guérison. Cystite purulente.	»
12	Eug. Bœckel. *Gazette méd. de Strasbourg,* p. 65, 1880.	3	Cystofibrome pédiculé.	Suture du péritoine sur le pédicule. Réduction. Drainage.	»	»	Guérison.	»
13	G. Fischer. *Deutsche Zeitschrifft für Chirurgie,* 1882.	»	Gros fibrome.	Pédicule très large. Réduction avec la ligature élastique.	»	»	Guérison le 28e jour.	»

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

La *Revue de médecine* et la *Revue de chirurgie*, qui constituent la 2e série de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, paraissent tous les mois, chacune formant une livraison grand in-8° de 5 à 6 feuilles.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque Revue séparée.		Pour les deux Revues réunies.	
Un an, Paris.	**20** fr.	Un an, Paris.	**35** fr.
— Départements et étranger.	**23** fr.	— Départements et étranger.	**40** fr.

La livraison : 2 francs.

S'ADRESSER POUR LA RÉDACTION :

Revue de médecine : A M. le Dr **Landouzy**, 4, rue Chauveau-Lagarde, à Paris, ou à M. le Dr **Lépine**, 42, rue Vaubecour, à Lyon.

Revue de chirurgie : chez M. le Dr **Nicaise**, 37, boulevard Malesherbes, à Paris.

POUR L'ADMINISTRATION :

MM. **Germer Baillière et Cie**, libraires, 108, boulevard Saint-Germain.

Les quatre années de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (1877, 1878, 1879 et 1880) se vendent chacune séparément 20 fr. ; la livraison, 2 fr.

La première et la deuxième année (1881-1882) de la *Revue de médecine* ou de la *Revue de chirurgie* se vendent le même prix.

TRAITÉ DES NÉVROSES

Par A. AXENFELD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième édition, revue et augmentée, de 700 pages

Par Henri HUCHARD
Médecin des hôpitaux.

1 fort volume grand in-8. 20 fr.

TRAITÉ D'HYGIÈNE

BASÉE SUR L'ÉTIOLOGIE

PAR

A. BOUCHARDAT
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

DEUXIÈME ÉDITION

Revue, corrigée et augmentée de notes sur les maladies contagieuses et les divers modes de préservation.

1 fort volume grand in-8. . . . . **18 fr.**

Coulommiers. — Imprimerie Paul Brodard.